



การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

เสน่ห์ แสงเงิน* ถาวร มาตัน*

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย 873 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Z-score และ One-way Anova ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิง ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 68.2 จบประถมศึกษา ร้อยละ 80.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,477.6 บาท มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 59.1 อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 7.8 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.5 ระดับไม่ดี ร้อยละ 39.2 ระดับดี ร้อยละ 12.3 และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีค่าสูงสุด

174

(Z = 0.1257) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุเขตชุมชนกึ่งเมือง (Z = -0.0346) และผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง (Z = -0.0911) ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง และชุมชนกึ่งเมืองเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทควรเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชนบท, ชุมชนกึ่งเมือง, ชุมชนเมือง

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จังหวัดสุโขทัย



บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุทุกประเทศทั่วโลกกำลังประสบปัญหาเกี่ยวกับจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของศตวรรษที่ 21¹ ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ประชากรรวมทั้งโลกเข้าเกณฑ์ “สังคมสูงวัย”² ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยสถิติข้อมูลประชากรแสดงว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548³ ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์² และคาดว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578⁴

กระบวนการสูงอายุมักส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ โดยพบว่า ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพระดับไม่ดี ผู้สูงอายุร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค⁵ และโรคที่มักพบในผู้สูงอายุได้แก่ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วน ผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 มีปัญหาการขึ้นลงบันได ปัญหาการกลืนอาหาร หรือปัสสาวะไม่ได้ ผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 4 ที่ต้องการคนคอยช่วยเหลือ แต่ไม่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนร้อยละ 34 และอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น² จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยภาครัฐ

ได้ให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่า มีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุสอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกด้าน เช่น ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา⁶ แต่ในการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง⁷⁻⁹

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุพอใจในมิติด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปสูงสุดร้อยละ 48.7 รองลงมาพอใจในมิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ร้อยละ 42.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุพอใจมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุดร้อยละ 45.6 รองลงมามิติด้านภาวะทางอารมณ์ร้อยละ 41.4¹⁰ จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุจำนวน 84,446 คน คิดเป็นร้อยละ 14.89¹¹ มีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 และพบว่า ภาพรวมผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.3 รองลงมาระดับต่ำร้อยละ 47.1 ระดับดี ร้อยละ 3.6¹² ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 67.2 มีสภาวะสุขภาพระดับไม่ดีร้อยละ 74.2⁵ ส่วนสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเอง และช่วยเหลือคนอื่นได้ ร้อยละ 89.14 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ร้อยละ 9.46 และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ร้อยละ 1.40¹¹

จากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย เป็นปัญหาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับจังหวัดได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด เป็นต้น ต้องให้ความสำคัญเร่งรัดดำเนินการศึกษา และพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อประโยชน์สำหรับการปกป้อง ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบทของจังหวัดสุโขทัย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ตามเขตที่อยู่อาศัยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

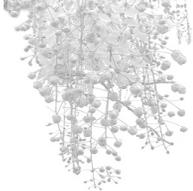
วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 84,446 คน¹¹ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัดในแต่ละกลุ่ม และการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling) และเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อน จึงประยุกต์ใช้สูตร $n_{srs} = (Z^2_{\alpha/2} p(1-p)/d^2) \times Deff^{13}$

กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 261 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 783 คน (เพื่อใช้ในการหาความแตกต่างของค่าความชันของกราฟคุณภาพชีวิต และแยกวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 9 อำเภอ ๆ ละ 87 คน โดยใน 87 คนนั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 29 คน ซึ่งการวิจัยนี้เขตชุมชนเมือง หมายถึง เขตเทศบาลเมือง และเขตเทศบาลที่เป็นที่ตั้งของตัวอำเภอ ซึ่งในจังหวัดสุโขทัยใน 1 อำเภอจะมี 1 แห่ง เขตชุมชนกึ่งเมือง หมายถึง เขตเทศบาลตำบล ซึ่งแต่ละอำเภอมียังไม่เท่ากัน เขตชุมชนชนบท หมายถึง เขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งแต่ละอำเภอมียังไม่เท่ากัน การสุ่มตัวอย่าง ขั้นที่ 1 การสุ่มตำบล (เขตชุมชนเมืองใช้การสุ่มแบบเจาะจง เขตชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนชนบท ใช้การสุ่มแบบจับสลาก) ขั้นที่ 2 การสุ่มหมู่บ้าน ใช้การสุ่มแบบง่ายทั้งหมด ขั้นที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ เริ่มด้วยการสำรวจรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นสุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD)¹⁴ ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบักได้เท่ากับ 0.86

การวัด และการแปลผล การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 24 ข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อความทั้งทางบวก และทางลบ การวัดระดับคุณภาพชีวิตแสดงดังตารางที่ 1 ดังนี้



กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 17 ข้อ	กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 7 ข้อ
ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 1	ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 5
เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2	เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3	ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3
มาก ให้คะแนนเท่ากับ 4	มาก ให้คะแนนเท่ากับ 2
มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5	มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1

Table 1 Measure Level of Quality of Life.

Facet	Level of Quality of Life		
	Poor	Moderate	Good
Sensory Abilities (4 items; old_01* old_02* old_10* old_20)	4-9	10-15	16-20
Autonomy (4 items; old_03 old_04 old_05 old_11)	4-9	10-15	16-20
Past, Present, and Future Activities (4 items; old_12 old_13 old_15 old_19)	4-9	10-15	16-20
Social Participation (4 items; old_14 old_16 old_17 old_18)	4-9	10-15	16-20
Death and Dying (4 items; old_06* old_07* old_08* old_09*)	4-9	10-15	16-20
Intimacy (4 items; old_21 old_22 old_23 old_24)	4-9	10-15	16-20
Total Score	24-56	57-89	90-100

Note: * Reverse-scored items.

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ระหว่าง 1-30 เมษายน พ.ศ. 2560 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 20 นาที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Z-score และ One-way Anova เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

ด้วยวิธี Scheffe และกำหนดนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB 1/2560 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว

อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกรายขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 56.6 เพศชายร้อยละ 43.4 อายุสูงสุด 98 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 69.3 ปี สถานภาพคู่ร้อยละ 68.2 สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ร้อยละ 28.0 สถานภาพโสดร้อยละ 2.2 จบประถมศึกษาร้อยละ 80.8 ไม่ได้เรียนร้อยละ 15.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 57.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,477.6 บาท มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 68.6 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 59.1 อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 7.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 42.8 และอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร หลานร้อยละ 49.4

คุณภาพชีวิตภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 39.2 และระดับดีร้อยละ 12.3 เมื่อวิเคราะห์ตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 46.0 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 39.8 และระดับดีร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุเขตชุมชนกึ่งเมืองมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 42.1 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 38.3 และระดับดีร้อยละ 19.5 ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิต

ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 67.4 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 29.5 และระดับดีร้อยละ 3.1

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย โดยใช้สถิติ Z-score (ค่า Z-score เป็นค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่บอกว่า กลุ่มนั้น ๆ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าหรือน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (Mean) โดยค่าที่เป็นบวก หมายความว่า สูงกว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย และค่าที่เป็นลบ หมายความว่า ต่ำกว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ซึ่งพบว่า ค่า Z-score ของผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการได้รับความรักจากคนอื่น ความพึงพอใจกับการจัดสรรเวลา การมีความสุขกับสิ่งที่สามารถคาดหวังว่าจะได้รับ การได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ ความมีอิสระในการตัดสินใจ คนรอบข้างเคารพในเสรีภาพ โดยการได้รับความรักจากคนอื่น มีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุด หรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด และด้านรู้สึกสูญเสียการรับรู้มีความแตกต่างของค่า Z-score ต่ำที่สุด (ตารางที่ 2)

ค่า Z-score ของผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ใน 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้ด้านตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จ ความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก โดยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุด หรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด และด้านการรับรู้มีความแตกต่างของค่า Z-score ต่ำที่สุด ส่วนในประเด็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองมีค่า Z-score ต่ำที่สุด และพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเขตชุมชนกึ่งเมืองมีค่า Z-score อยู่ตรงกลางระหว่างผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทกับ



ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง จากข้อมูลสามารถบอกได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทเป็นกลุ่มที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด หากนำไปเทียบกับสองกลุ่ม และกลุ่มผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองเป็นกลุ่มที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำสุด (ตารางที่ 3)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย โดยใช้สถิติ One-way Anova

พบว่า เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ (Sheffe's Test) พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) (ตารางที่ 4)

Table 2 Z-score for Items of WHO QOL-OLD Module Between Urban Community, Semi-urban Community, and Rural Community in Sukhothai Province.

Items of the WHO QOL-OLD module	Z-score		
	Urban	Semi-urban	Rural
OLD-01 Impairments to senses affect daily life	0.0200	- 0.0711	0.0512
OLD-02 Loss of sensory abilities affect participation in activities	- 0.0723	0.0247	0.0476
OLD-03 Freedom to make own decisions	- 0.0085	- 0.0879	0.0964
OLD-04 Feel in control of your future	- 0.0251	- 0.0462	0.0713
OLD-05 People around you are respectful of your freedom	- 0.0433	- 0.0526	0.0958
OLD-06 Concerned about the way you will die	- 0.0908	0.1148	- 0.0240
OLD-07 Afraid of not being able to control death	0.0449	- 0.0302	- 0.0147
OLD-08 Scared of dying	- 0.0841	- 0.0289	0.1130
OLD-09 Fear pain before death	- 0.0674	0.0112	0.0562
OLD-10 Problems with sensory functioning affect ability to interact	0.0089	- 0.0322	0.0234
OLD-11 Able to do things you'd like	- 0.0279	0.0192	0.0087
OLD-12 Satisfied with opportunities to continue achieving	- 0.0155	- 0.0399	0.0553
OLD-13 Received the recognition you deserve in life	- 0.1008	- 0.0125	0.1133
OLD-14 Have enough to do each day	- 0.1280	0.0199	0.1081
OLD-15 Satisfied with what you've achieved in life	- 0.0063	- 0.0468	0.0531
OLD-16 Satisfied with the way you use your time	- 0.1584	- 0.0040	0.1624
OLD-17 Satisfied with level of activity	- 0.0372	- 0.0144	0.0515
OLD-18 Satisfied with opportunity to participate in community	- 0.0539	- 0.0589	0.1128
OLD-19 Happy with things to look forward to	- 0.1160	- 0.0448	0.1608
OLD-20 Rate sensory functioning	- 0.0204	0.0222	- 0.0018
OLD-21 Feel a sense of companionship in life	- 0.0829	0.0209	0.0619
OLD-22 Experience love in your life	- 0.0478	0.0009	0.0469
OLD-23 Opportunities to love	- 0.0398	- 0.0610	0.1007
OLD-24 Opportunities to be loved	- 0.1225	- 0.0471	0.1695

Table 3 Z-score for Facet Scores and Total Score of the WHO QOL-OLD Module Between Urban Community, Semi-urban Community, and Rural community in Sukhothai Province.

Facet of the WHO QOL-OLD module	Z-score		
	Urban	Semi-urban	Rural
Sensory Abilities	- 0.0210	- 0.0230	0.0440
Autonomy	- 0.0412	- 0.0641	0.1053
Past, Present, and Future Activities	- 0.0822	- 0.0504	0.1326
Social Participation	- 0.1310	- 0.0229	0.1538
Death and Dying	- 0.0580	0.0226	0.0354
Intimacy	- 0.0925	- 0.0278	0.1203
Total Score (Overall)	- 0.0911	- 0.0346	0.1257

Table 4 Comparison of Quality of Life Among Elderly Between Urban Community, Semi-urban Community, and Rural Community in Sukhothai Province.

Source of Variation	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	p
Between Groups	2370.209	2	1185.105	3.322	0.037
Within Groups	278300.598	780	356.796		
Total	280670.807	782			

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมา ระดับไม่ดีร้อยละ 39.2 และระดับดีร้อยละ 12.3 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 68.6 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากสังคม ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังโดยผู้สูงอายुर้อยละ 7.8 อาศัยอยู่ตามลำพัง และได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 68.6 เท่านั้นที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพงษ์ ยางเดี่ยว⁷

ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี⁹ ที่พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาวัน สุขอนันต์ และคณะ⁸ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุด หรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่เขตชุมชนชนบท ยังคงทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ส่วนใหญ่



เป็นครอบครัวขยาย และมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ชุมชนชนบทยังให้ความเคารพผู้สูงอายุ และให้เกียรติผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการประกอบพิธีต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ เจริญยิ่ง¹⁵ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพงษ์ ยางเดี่ยว⁷ ที่พบว่า การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้มีความแตกต่างของค่า Z-score น้อยที่สุดหรือมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ได้ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบของการสูงอายุ และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง⁵ จึงทำให้การรับรู้ไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน¹² ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท ($p = 0.138$) และสอดคล้องกับการศึกษาของดาวเรือง สายจันทร์¹⁶ ที่พบว่า ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมี ($r = 0.040$, $p = 0.530$)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทได้รับการยกย่อง ให้เกียรติในสังคม การทำกิจกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ชุมชน มากกว่าเขตชุมชนเมือง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เรวดี สุวรรณนพแก้ว และรศรินทร์ เกรย์¹⁷ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง กึ่งเมือง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะความเป็นชนบท

สรุปผลการศึกษา

1. ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในทุก ๆ ด้าน และพบว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนกึ่งเมืองมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ตรงกลางระหว่างผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทกับผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง
2. ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมือง มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 ระดับ ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคม ด้านปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก และด้านความสำเร็จ ความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต
3. ผู้สูงอายุเขตชุมชนกึ่งเมือง มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 ระดับ ได้แก่ ด้านตัวของตัวเอง ด้านปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก และด้านความสำเร็จความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต
4. ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบท มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 ระดับ ได้แก่ ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านตัวของตัวเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. การได้รับความรักจากคนอื่นมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด โดยผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นเขตชุมชนเมือง และเขตชุมชนกึ่งเมือง ควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างความผูกพันในครอบครัวของผู้สูงอายุ

โดยพัฒนาบทบาทใหม่ให้กับผู้สูงอายุด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือดูแลทรหลานภายในบ้าน

2. ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความแตกต่างของค่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด ซึ่งผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบท มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้สูงที่สุด ดังนั้นเขตชุมชนเมือง และเขตชุมชนกึ่งเมือง ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว

3. ภาพรวมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดีร้อยละ 12.3 เท่านั้น ดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำ และเสริมสร้างทักษะทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษา และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท

3. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์งานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. United nations, Department of economic and social affairs, Population division. World population ageing 2015. Available at http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015__Report.pdf, accessed April 12, 2017.
2. Pramote P. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin printing & publishing public Co., Ltd. 2016.
3. Rossarin G, Umaporn P, Chalernpol C, Rewadee S. New concept of older persons: The psycho-social and health perspective. Nakhon Pathom: Duentula printing house Co., Ltd. 2013.
4. Thansettakij multimedia. Ageing society. Available at <http://www.thansettakij.com/content/24454>, accessed May 2, 2017.
5. Tavorn M, Sane S. The factors associated with health promoting behavior in older, Sukhothai province, Thailand. J Public Health 2017; 47(1): 67-77.
6. Varanit C. Public sector administration promotion for quality of life of elderly: Study in metropolitan Bangkok. Available at <http://www.western.ac.th/>, accessed May 2, 2017.



7. Weerapong Y. Factors related to the quality of life of the elderly in rural areas, Yasothon province. [M.P.H. Thesis in Public Health Administration]. Khon kaen: Faculty of Graduate studies, Khon Kaen university.2011.
8. Tharin S, Supawon J, Thassanan T, Piyarat J. Quality of life of the elderly in Bansuan municipality, Chonburi province, Thailand. Journal of Public Health 2011; 41(3): 240-249.
9. Pattaraphong K, Witat J. Factors associated with quality of life of the elderly who receive subsistence allowance in Panna nikhom district, Sakon nakhon province. Journal of the office of DPC 6 Khon kaen 2012: 19(2): 55-64.
10. Chutidech J, Nawarat S, Chaweewan B, Nopporn H. Quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw district, Nakhonratchasima province. J Public Health 2011; 41(3): 229-239.
11. Sukhothai Provincial of Public Health. Annual Report 2015. Sukhothai: Sukhothai Provincial of Public Health. 2015.
12. Somjit S, Sane S. A model of increasing quality of life among rural aging in Sukhothai province. Journal of preventive medicine association of Thailand. 2016; 6(2): 182-191.
13. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons. Inc. 1953.
14. World health organization. WHOQOL-OLD manual, Available at <http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=a17f4bcd06910c546670c6fbdee0cb0f>, accessed April 12, 2017.
15. Laddawan J. Quality of life among elderly in Nhongbon sub-district, Muang district, Sakaeo province. [M.P.H.Thesis in Public Health Administration]. Bangkok: Faculty of Public Health, Ramkamhaeng University, 2017.
16. Dawreung S. Factors associated with quality of life among elderly in Posa sub-district, Muang AngThong district, AngThong province. [M.P.H.Thesis in Public Health Administration]. Bangkok: Faculty of Public Health, Ramkamhaeng University, 2017.
17. Rewadee S, Rossarin G. Quality of life of older persons in Kanchanaburi demographic surveillance system. Thai population journal 2011; 2(2): 33-54.

Comparisons of Quality of Life among the Elderly in Urban, Semi-urban and Rural Communities in Sukhothai Province, Thailand

Sane Saengngoen* Tavorn Maton*

ABSTRACT

This research was a cross-sectional study aimed to compare the quality of life among the elderly among in urban, semi-urban and rural communities in Sukhothai Province. The subjects comprised 873 elderly recruited using multistage random sampling. A questionnaire was administered through face-to-face interviews and data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Z-score and One-way Anova. The results revealed significant factors included being female (56.6%), average age 69.3 years, married (68.2%), primary school (80.8%), average monthly income 2,477.6 THB, disease identification (59.1%) and living alone (7.8%). The sample groups had quality of life at moderate level (48.5%), at lower level (39.2%) and at high level (12.3%). With regard to Z-score analysis; the elderly in a rural community reported the

highest quality of life score ($Z = 0.1257$), elderly in a semi-urban community had average score ($Z = -0.0346$) and those in an urban community had the lowest score ($Z = -0.0911$). Residential area revealed a significantly different quality of life among the elderly ($p < 0.05$). From post hoc analysis, the elderly in a rural community had significantly higher quality of life scores than those in an urban community ($p < 0.05$). Therefore, relevant offices should support the involvement of the elderly in urban and semi-urban communities for social participation and family activities whereas those in a rural community should emphasize self-care skills for a higher quality of life.

Keywords: quality of life, elderly, rural community, semi-urban community, urban community

J Public Health 2018; 48(2): 174-184

Correspondence: Sane Saengngoen, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Sukhothai 64210, THAILAND. E-mail: drsane2513@gmail.com

* Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University